

мероприятий на этом этапе определяется не только характером травмы, но также возрастом и соматическим статусом пациентов (примерно в 34% случаев). В особых клинических ситуациях (обращение через 1-3 суток, отсутствие данных анамнеза, сопутствующее алкогольное опьянение, отсутствие возможности срочной визуализации и пр.) специалисты неизбежно сталкиваются с трудностями выбора оптимальной тактики ведения [1,3]. Как отмечалось ранее, диагноз легкой ЧМТ с высокой степенью надежности может быть установлен при обследовании пострадавших в первые три дня после травмы. При обращении спустя несколько суток диагноз легкой ЧМТ можно предполагать на основании анамнестических данных и следует отнести к категории «вероятного», «возможного» или даже «сомнительного», что создает непреодолимые экспертные проблемы [1].

Отсроченное обращение пострадавших после легких ЧМТ, несмотря на возможность и результаты визуализации, находится в рамках особых клинических и экспертных ситуаций, которые не регламентируются в полном объеме действующими протоколами [3]. Оптимальным является синдромальный индивидуализированный подход с учетом комплекса психосоматических проявлений. Рекомендации по комплексной реабилитации после легкой ЧМТ носят преимущественно эмпирический характер и обычно базируются на персонализированной оценке состояния пострадавших.

Как показывают данные ретроспективного анализа материалов и собеседования со специалистами, существенное значение для обеспечения качества лечебно-диагностического процесса имеют организационно-логистические особенности оказания медицинской помощи, квалификация и профиль специалистов.

Выводы. Для улучшения диагностики и лечения пациентов с легкой ЧМТ необходимо совершенствование практико-ориентированной подготовки специалистов с учетом организационно-логистических особенностей медицинской помощи пострадавшим и обоснование оптимального выбора решений в наиболее частых конкретных клинических ситуациях.

Литература:

1. Алексеев, Ю.В. Легкая черепно-мозговая травма / Ю.В. Алексеев. – Витебск : Изд-во ВГМУ, 2001. – 155 с.
2. Mayer, A. The spectrum of mild traumatic brain injury / A.R. Mayer, D. K. Quinn, C.L. Master // Neurology. – 2017. – Vol. 89, № 6. – P. 623-632.
3. Mild traumatic brain injury: EFNS guidelines on mild traumatic brain injury / P. E. Vos [et al.] // European Journal of Neurology. – 2012. – Vol. 19, № 2. – P. 191-198.

УДК 616.831-005.4-092-07

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТРАНЗИТОРНЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ АТАК

Белявский Н.Н.,¹ Наумова Г.И.², Солкин А.А.,¹ Стельмах А.А.²

¹УО «Витебский государственный медицинский университет»

²УЗ «Витебский областной диагностический центр»

Введение. Транзиторные ишемические атаки (ТИА) являются распространенной формой острой цереброваскулярной патологии, они предшествуют развитию инфарктов головного мозга у 20–25 % пациентов [1, 2].

Достоверная диагностика ТИА является достаточно трудной задачей в клинической практике из-за необходимости дифференциальной диагностики с широким спектром заболеваний, в ряде случаев проявляющихся транзиторными неврологическими нарушениями [1, 2].

В последние годы в практику здравоохранения все более активно внедряются современные критерии клинической диагностики и рубрикации ТИА (определенная ТИА, возможная ТИА, обычно не ТИА) [1, 2].

Целью настоящего исследования явился анализ эффективности использования современных критериев клинической диагностики и рубрикации ТИА в дифференциальной

диагностике с заболеваниями, при которых могут наблюдаться транзиторные неврологические нарушения.

Материал и методы. Под нашим наблюдением состояло 113 пациентов, направленных на консультацию к неврологу отделения пароксизмальных состояний Витебского областного диагностического центра с диагнозом ТИА в период с января 2019 по октябрь 2020 года. Всем пациентам, помимо клинико-лабораторного обследования, было проведено нейровизуализационное исследование головного мозга (КТ или МРТ) и дуплексное сканирование сосудов головного мозга, при необходимости проводилась ЭЭГ.

Результаты и обсуждение. После обследования пациентов с первоначально установленным диагнозом ТИА в Витебском областном диагностическом центре диагноз данного заболевания был подтвержден у 56 пациентов (49,6 %), в то время как у 57 (50,4 %) – была выявлена другая патология. Эта последняя группа пациентов и была подвергнута анализу в настоящем исследовании. В соответствии с современными критериями определения ТИА [1], учитывающими клинические симптомы заболевания, данная группа была разделена на три подгруппы: определенная ТИА, возможная ТИА, обычно не ТИА.

В первую подгруппу (определенная ТИА) вошли 11 пациентов. Использование методов нейровизуализации позволило выявить наличие инфарктов головного мозга (чаще всего лакунарных) у 9 пациентов данной подгруппы, у 1 пациента – опухоли и еще у одного – кавернозной ангиомы головного мозга.

Во вторую подгруппу (возможная ТИА) вошли 22 пациента. Комплексное обследование также позволило чаще всего диагностировать наличие инфарктов головного мозга (у 12 пациентов). У 2 пациентов имелись клинические и нейровизуализационные признаки демиелинизирующего заболевания ЦНС, а еще у одного – дистопии миндалин мозжечка. У 2 пациентов преходящая очаговая неврологическая симптоматика была объяснена структурной эпилепсией. У 5 пациентов после углубленного анализа возникли справедливые сомнения в фокальном характере транзиторных симптомов (у 4 пациентов был диагностирован гипертонический криз и еще у одного – вегетативная дисфункция). Примечательно, что у всех этих пациентов предварительный диагноз ТИА выставлялся только из-за наличия в анамнезе транзиторных чувствительных нарушений, в некоторых случаях имевших «позитивный» характер в виде ощущений покалывания, жжения и т.д.

Наиболее многочисленной и разнообразной по нозологическим формам заболеваний оказалась третья подгруппа (обычно не ТИА) – 24 пациента. Только у 3 пациентов транзиторные фокальные симптомы были объяснены структурной церебральной патологией (в одном случае инфарктом головного мозга и еще в двух случаях – дисциркуляторной энцефалопатией). Наиболее распространенными заключительными клиническими диагнозами в этой подгруппе оказались гипертонический криз (6 случаев), доброкачественное позиционное головокружение и транзиторная глобальная амнезия (по 5 случаев). Примечательно, что во всех случаях клиника транзиторной глобальной амнезии была интерпретирована как ТИА только врачами общей практики. Еще у 2 пациентов были диагностированы синкопальные состояния, у 1 – синдром позвоночной артерии и еще у 1 – соматизированное расстройство. Неврологическая патология не была выявлена у 1 пациента данной подгруппы.

Выводы. Таким образом, использование современных критериев клинической диагностики и рубрикации ТИА позволяет улучшить дифференциальную диагностику с широким спектром других заболеваний, при которых могут наблюдаться транзиторные неврологические нарушения. Использование методов нейровизуализации является обязательным компонентом алгоритма обследования пациентов с транзиторными неврологическими нарушениями.

Литература:

1. Amarenco, P. Transient Ischemic Attack / P. Amarenco // N. Engl. J. Med. – 2020. – Vol. 382. – P. 1933-1941.
2. Clinical significance of isolated atypical transient symptoms in a cohort with transient ischemic attack / P.C. Lavallée [et al.] // Stroke. – 2017. – Vol. 48. – P. 1495-1500.